

# SOLICITUD DE EGRESO

Fecha de Confección			
---------------------	--	--	--

Fecha de Vigencia			
-------------------	--	--	--

N° Solicitud	<b>8737840</b>
Oficial de Atención	

A la  
**Comisión Directiva de  
ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD:**

De mi consideración:  
Tengo el agrado de dirigirme a ustedes, a fin de solicitar mi egreso y el de las personas que detallaré.  
Señalo a continuación el servicio y el motivo que fundamenta esta Solicitud.

Egresar bajo forma de:	AUTÓNOMO <input type="checkbox"/>	DESREGULADO <input type="checkbox"/>	MONOTRIBUTO <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

## 1- DATOS DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Marca con (x) el o los servicios a egresar. En caso de permanecer adherido en algún servicio deberá hacerlo también a A.M.S.S. (cuota social).  
Cabe aclarar que existe la posibilidad de quedar adherido únicamente a A.M.S.S. (cuota social), a los efectos de la utilización de otros servicios reglamentados.

N° Asociado	N° Documento	Apellido y Nombre	SERVICIOS A EGRESAR						
			Plan de Salud	Serv. de Emerg.	SUF	Sub. Quirúrg. Plan (S10 / S20)	Sub. y Sep. Plan (Básico o Integral)	Sub. Vida Plus	Sub. Vida Simple

## 2- MOTIVOS

Marcar con (x) el que corresponde:

### 2.a- MOTIVOS PRINCIPALES - Servicio de Salud

Válido para Segmento Autónomo

- ☐ 1. Fallecimiento Fecha defunción 

--	--	--
- ☐ 25. Por contar con cobertura obligatoria (\*)
- ☐ 76. Transferencia de AMSS a Obra Social Asministrada por SanCor Salud
- ☐ 13. Insatisfacción reconocimiento del Plan (\*) (\*\*) ☐
- ☐ 14. Insatisfacción prestación brindada por profesionales, clínicas donde recibió atención (\*) Detallar nombre:.....
- ☐ 15. Insatisfacción por la atención brindada (\*) (\*\*) ☐
- ☐ 51. Insatisfacción por circuito operativo de SanCor Salud (\*) (\*\*) ☐
- ☐ 19. Razones económicas (\*) (\*\*) ☐
- ☐ 27. Motivos Personales (\*) (\*\*) ☐

#### Subsidio

- ☐ 28. Baja Supra Salud (\*) Detallar motivo:.....

Válido para Segmento Desregulado / Monotributo

- ☐ 1. Fallecimiento Fecha defunción 

--	--	--
- ☐ 25. Por contar con cobertura obligatoria (\*)
- ☐ 9. Divorcio / Separación de hecho
- ☐ 24. Renuncia al empleo (adjuntar telegrama)
- ☐ 35. Despido del empleo (adjuntar telegrama)
- ☐ 54. Jubilación
- ☐ 95. Baja monotributo
- ☐ 12. Casamiento/ concubinato (baja hijos)
- ☐ 62. Por mayoría de edad (baja hijos)
- ☐ 78. Finalización estudios (baja hijos)
- ☐ 75. Por finalización tenencia / tutoría
- ☐ 38. Cambio de Obra Social (\*) (\*\*) ☐
- ☐ 16. Cambio de Centro Médico

(\*) Todos los motivos que posean esta referencia deben cumplimentar indefectiblemente el punto 2.b.

(\*\*) Todos los motivos que posean esta referencia deben cumplimentar indefectiblemente el punto 2.b. y colocar en el círculo el código del motivo secundario cuya tabla y codificación se encuentra en el punto 2.c. al dorso del formulario.

### 2.b- OPTARÉ POR OTRA COBERTURA:

NO ☐ SI ☐

Marcar con (x) el que corresponda:

Nombre .....

Código .....

Motivo .....

FIRMA DEL TITULAR

ACLARACIÓN

## 2.c - MOTIVOS SECUNDARIOS

13. Insatisfacción reconocimiento del Plan.

Código	Detalle
1	Prótesis médicas
2	Rechazo Autorización Previa
3	Reintegros
4	Internación
5	Prácticas médicas
6	Medicamentos
7	Odontología
8	Óptica
9	Diabetes
10	Cronicidad
11	Discapacidad

15. Insatisfacción por la atención brindada.

Código	Detalle
1	Personal Administrativo del CAR
2	Centro de Atención Telefónico Sede Central
3	Sectores Internos de SanCor Salud
4	Jefe Zonal
5	Promotor
6	Médico Auditor
7	Entidad/Cooperativa

51. Insatisfacción por circuito operativo de SanCor Salud

Código	Detalle
1	No recepción de la Credencial
2	Demora recepción de la Credencial
3	No recepción de la Factura
4	Demora recepción de la Factura
5	Demora Autorizaciones previas
6	Demora en respuesta (reintegros, prótesis médicas, etc)
7	Demora pago Reintegro
8	Demora recepción de Medicamentos
9	Extravío de documentación

19. Razones económicas

Código	Detalle
1	Incremento de Aportes
2	Copagos altos
3	Incorporación integrante al grupo familiar.
4	Desmejoró la situación económica
5	Desvío / cese de producción

27. Motivos personales

Código	Detalle
1	Divorcio/Separación de hecho
2	Casamiento/Concubinato
3	Por finalización tenencia/tutoría
4	Radicarse en zona sin cobertura de SanCor Salud
5	Radicarse en el exterior
6	Jubilación
7	Por mayoría edad

38. Cambio Obra Social

Código	Detalle
1	Insatisfacción reconocimiento de su Plan
2	Insatisfacción por prestación brindada por profesionales y/o clínicas donde recibió atención. Nombre: _____
3	Insatisfacción por atención recibida en SanCor Salud.
4	Aportes no accesibles en relación con los ingresos
5	Aportes no acordes con el servicio